

**PREGUNTAS DE PACIENTE (Porfavor Imprimir)**

Revised Oct 15, 2001

JACKIE T. CHAN, M.D.  
MEDICINA FISICO Y REHABILITACIÓN, MANEJO DE DOLOR  
809 SYLVAN AVE, SUITE 400, MODESTO, CA 95350

TEL: (209)529-4422

FECHA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ REFERIDO M.D.: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MANO(derecha o izquierda): \_\_\_\_\_ MARITAL STATUS: \_\_\_\_\_

1. Complaciente Principal (su Dolores problema):

Dia de injuria: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Problema es(circule una): relacion de trabajo / accidente de auto / ninguna

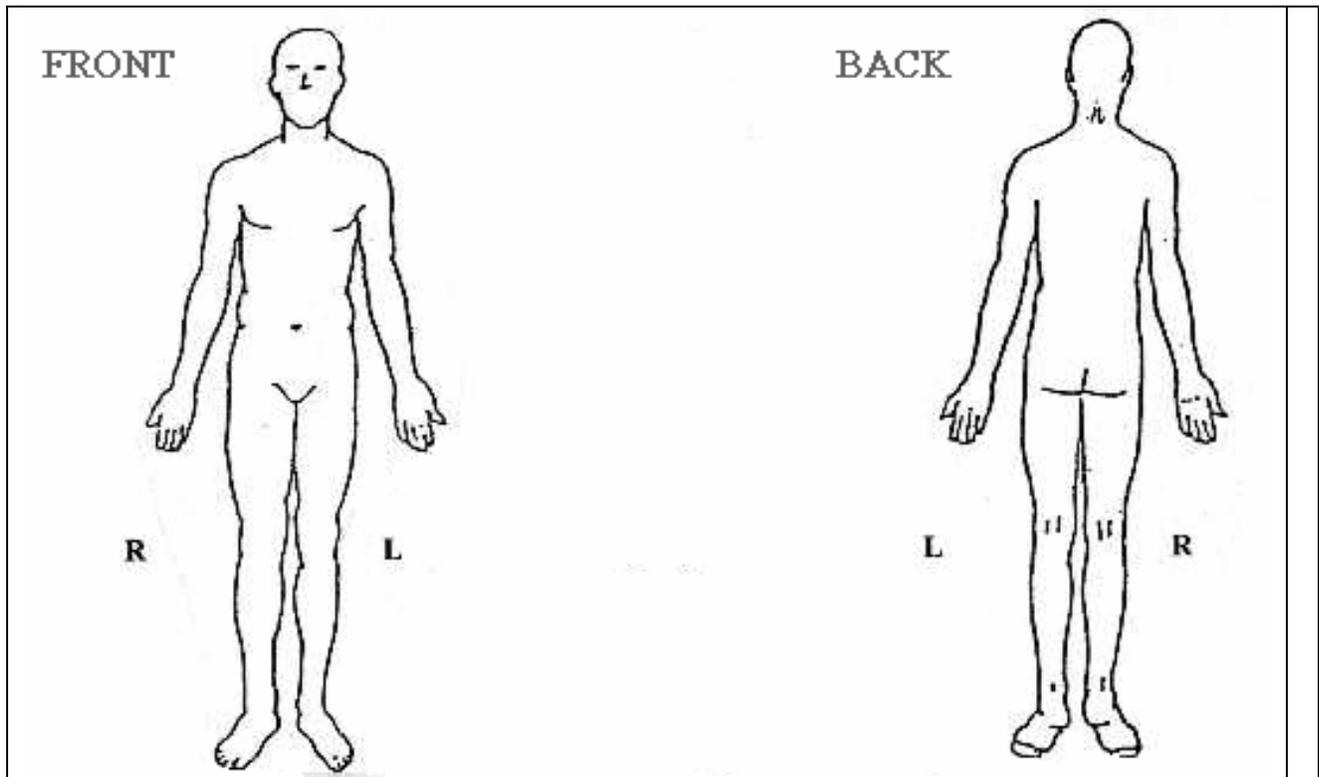
Favor de describir en detalle como empenso y por cuanto tiempo a tenido usted el delor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIBUJO DE SINTOMAS

Porfavor marka las areas en el figuro usando los symbols apropiados para describir la locación y el tipo de sintomas que usted esta sintiendo orita. Incluyendo las areas afectadas.

Dolor XXXXX Heriendo /////////////// Ardor ^^^^^^ Picos de abuja ++++ Numbness OOOO  
                  XXXXX                    //////////                    ^^^^^^                    ++++                    OOOO



## PREGUNTAS DE PACIENTE (Porfavor Imprimir)

Su sintomas son:

Incremento por (Porfavor circule): N/A parado caminando sentado cargando actividas pasdo de cabes toser

Decremento por (Porfavor circule): N/A parado caminando sentado

Como de severo estan sus sintomas: (Porfavor circule)

	Nada de dolor			Moderar				Extremamente Severo			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ahora	I.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I
A Su Mejor	I.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I
A lo Peor	I.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I	.....I

Tiene usted debilidades? Si o No - Y si a cuales extremidades? \_\_\_\_\_

Tiene usted dificultades en el intestine o control de vejija? Si o No Y Si Expleca: \_\_\_\_\_

En la noche sus sintomas se crecienten? Si o No

Lista otros medicos que usted a visto por el mismo dolor: \_\_\_\_\_

Cual Tratamiento (Tratamiento fisico, estimulador electrica, tender point injección, epidural injección, facet blocks, chiropractico, bracing, sirugia, manejador de dolor, acupuntura, psychotherapy, etc.) a tenido used desde esta fecha y cuando?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Lista los exámenes que usted a tenido que evaluar por su sintoma de orita o similar?

Tipo de exament: Por favor de listar Fecha(s) / Parte de cuerpo(s) estudaron / Onde estaben los estudios hecho

*Ejemplo: X-Ray 8-13-98 Espalda (DMC), 5-6-00 ombros(Memorial), 12-8-00 Mano (Gould)  
MRI 6-4-97 Cuello (Modesto Imaging), 7-11-99 Ombros (Memorial)*

X-Ray \_\_\_\_\_

MRI \_\_\_\_\_

CT SCAN \_\_\_\_\_

EMG \_\_\_\_\_

BONE SCAN \_\_\_\_\_

OTHER \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS DE PACIENTE (Porfavor Imprimir)**

Lista todos los medicamentos que esta tomando al momento:

---

---

---

---

Lista otros medicamentos y dosages que usted a tomado por este dolor en el pasado?:

---

---

Medicamentos : \_\_\_\_\_

Lista todos condisiones al momento y del pasado?(pression de sangre, diabetes, ulcers, thyroid, problemas del kidney , cancer, etc.) :

---

---

---

Lista de cirugias anterior (Cuando) : \_\_\_\_\_

---

---

Lista enfermedades conocidoes de familia: \_\_\_\_\_

Al momento su empleo/ ocupacion es? \_\_\_\_\_ los requerimientos en su empleo son:

Levantar \_\_\_\_\_ lbs., \_\_\_\_\_ Doblez, \_\_\_\_\_ Sentado, \_\_\_\_\_ Parado, \_\_\_\_\_ Empujar, \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Usted fuma o fumava? (Si fuma , #cuantos packets al dia y #de años que a fumado)

---

Usted tomava alcohol o toma alcohol? (Si toma alcohol, # cuantas veces al dia #cuants anos tiene tomando)

---

Usted usa o esta usando drogas ilícitas? (Si usa de cuales y cuantas veces)

---

Reciente mente used a perdido o subido de peso? \_\_\_\_\_ cuantas lbs., \_\_\_\_\_

Usted tiene problemas (circule las que usted tiene): calentura, chills, infección, kidney, corazón, pulmón, estomago, intestino, higado, sangre cuando va al baño, dizziness, noche sudando

Primer Cuidador Medico? \_\_\_\_\_ Su altura? \_\_\_\_\_ Peso ? \_\_\_\_\_

*Fin de Quesionario*